

Taller Teórico-Práctico «Analgesia postoperatoria basada en protocolos»

Dra. Leticia Hernández-Hernández*, Dra. Virginia Gordillo-Álvarez*, Dra. Ana Angélica Peña-Riverón*,
Dra. Rocío Torres-Méndez*, Dr. Alfredo Ramírez-Bermejo*

* Anestesióloga, Medicina del Dolor, Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI.

A pesar de los avances en la comprensión de la fisiopatología del dolor agudo y el desarrollo de las diferentes técnicas analgésicas, la situación clínica requiere mejorar el dolor postoperatorio, ya que los pacientes presentan dolor intenso. En los hospitales de Estados Unidos 80% los pacientes ha informado experimentar dolor después de la cirugía, el 86% con dolor de moderado a severo.

Enfoque organizacional del manejo del dolor agudo postoperatorio.

- I Terapias multimodales.
- II Evidencia de protocolos específicos.
- III Conviniendo las necesidades analgésicas individuales de los pacientes.

Esto permite eliminar la variabilidad terapéutica, prevenir los efectos adversos, mantener la eficacia y efectividad. Mantener cobertura de atención para la atención de cada paciente sin importar su condición.

Los protocolos de analgésicos consideran:

- Planear el tratamiento analgésico, preferentemente multimodal.
- Iniciar el tratamiento del dolor pre-, trans- y postintervención quirúrgico.

La analgesia multimodal permite alterar las señales nociceptivas en diversos niveles. Generalmente se emplean: analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, COX 2, opioides, anestésicos locales, clonidina, ketamina, gabapentoides.

Vías de administración analgésica

La vía intramuscular o subcutánea no se recomienda. Las que ofrecen mejores resultados son la intravenosa o regional, esta última permite una pronta recuperación, disminuye el riesgo trombo-embólico e íleo y la morbilidad postoperatoria.

La implementación de Servicios de Gestión de Calidad ha permitido obtener resultados trascendentes con bajos niveles de dolor, reducción de efectos secundarios, mejoría en la actividad diaria y mejoría en la satisfacción con el tratamiento.

BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO CONTINUO

Los bloqueos periféricos prolongan la analgesia postoperatoria, tienen menores efectos secundarios, mejoran la satisfacción en el paciente, permiten la recuperación rápida del paciente. El uso de ultrasonido con la neuroestimulación permite procedimientos más eficaces y seguros.

La respuesta motora es una prueba confirmatoria de la proximidad de la punta de la aguja con el nervio. Algunos estudios han demostrado una mayor tasa de éxito con el uso de ultrasonido comparado con la neuroestimulación.

Los bloqueos guiados por ultrasonido tienen utilidad en niños como en adultos. Su uso ha dado una menor tasa de complicaciones neurovasculares. La anestesia regional continua ofrece alivio superior del dolor comparada con otras técnicas, y es más segura a nivel cardiovascular. Los siguientes coadyuvantes han demostrado su beneficio: opioides, dexametasona, epinefrina, clonidina.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

Varios factores influyen en la analgesia no suficiente postoperatoria. Los aspectos más frecuentes son diagnóstico tardío, variabilidad de las necesidades analgésicas, el polimorfismo genético en el receptor de Mu-opioide, la inconstancia del fármaco en los niveles plasmáticos y los retrasos administrativos que hacen que no llegue oportunamente un analgésico al paciente. El concepto de la analgesia controlada por el paciente (PCA) se refiere a los métodos interactivos de alivio del dolor que utilizan dispositivos electrónicos o desechables que permiten a los pacientes la libre administración intravenosa de fármacos analgésicos. La tecnología y la introducción de los microprocesadores en las bombas han permitido que estos dispositivos sean más compactos, fiables y flexibles. La configuración de los parámetros ofrece eficacia y seguridad de la técnica, por lo tanto es importante tener conocimiento del funcionamiento.

Los dispositivos de PCA desechables tienen ventajas por su portabilidad, que no impiden la movilidad del paciente, son de bajo tamaño y peso; no requieren fuente de energía externa. Las desventajas; no permiten una gran flexibilidad en su uso, la incapacidad para alterar el volumen de la dosis en bolo inicial y la infusión continua o para determinar con precisión la cantidad de medicamento que el paciente ha recibido y la posibilidad de infusiones inexactas y costos a largo plazo y problemas de seguridad como los depósitos. La *Joint Commission of Accreditation the Organization of Health* (JCAHO) ha publicado normas para el manejo del dolor, lo que requiere la evaluación y manejo del dolor apropiados y eficaces (Figura 1).

MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PEDIATRÍA

Los niños de cualquier edad experimentan dolor y por lo tanto debe ser evaluado, documentado y tratado en forma efectiva y oportuna. Como guía general, se considera que las cirugías que ocasionan dolor más severo son: tórax, abdomen superior, desarticulaciones de extremidades. La *Royal College of Nursing*, promueve las siguientes acciones: a) escuchar al niño; b) Los niños y familiares participan en el cuidado; c) cuidado individualizado y holístico; d) atención multidisciplinaria; e) considerar aspectos organizacionales.

En el paciente pediátrico se deben aplicar las mismas consideraciones para la selección y duración de tratamiento que en el adulto. Respecto al empleo de infusores en los niños se debe considerar:

- El ajuste del aporte total de líquidos en 24 horas.
- Evitar llaves de tres vías conectadas al *punzocat*.

Para evitar el síndrome de supresión se recomienda lo siguiente:

Después de 5 a 7 días de uso de opioides, disminuir la dosis de la medicación en 20% c/24 horas, monitorizando datos de supresión cada 4 horas. Si se presentan datos de abstinencia, limitar la reducción a 10% c/24 horas. Si se siguen presentando datos de abstinencia, considere: agregar o reiniciar benzodiacepinas o aumentar el opioide a la dosis previa al inicio de los síntomas. Si los síntomas no se resuelven, iniciar clonidina (dexmedetomidina).

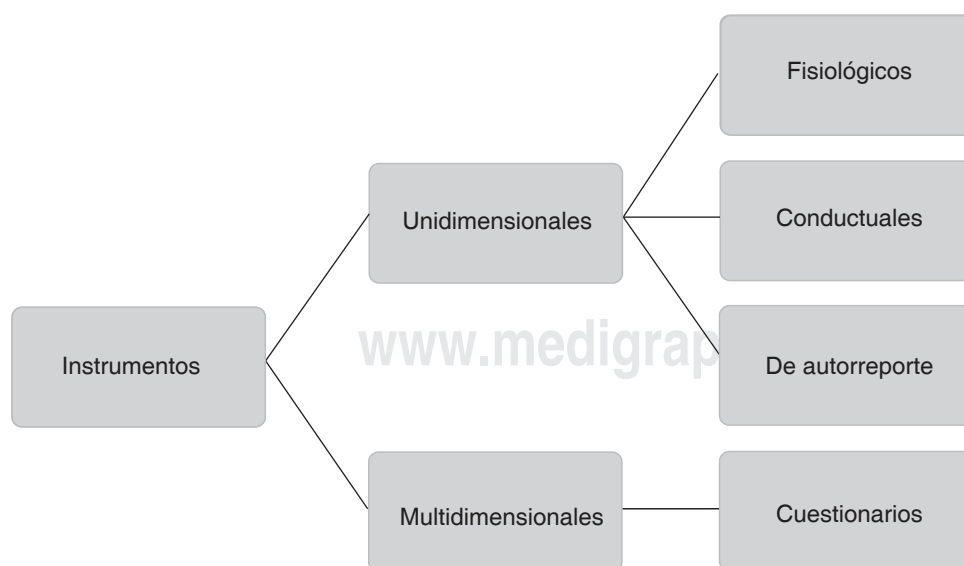


Figura 1.

Instrumentos de evaluación del dolor

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Usichenko TI, Röttenbacher I, Kohlmann T, Jülich A, Lange J, Engel G, et al. Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre-/post-interventional questionnaire study. *Br J Anaesth*. 2013;110:87-95.
- Muñoz JM. Manual de dolor agudo postoperatorio. Hospital Universitario La Paz, Madrid; 2010.
- Dawood N, Howard JE, Joshi GP, Hill GE. A survey of acute pain service structure and Function in United States Hospitals. *Pain Research and Treatment*. 2011;Article ID 934932:8.
- Misiolek H, Cettler M, Woron J, Wordliczek J, Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E. The 2014 guidelines for post-operative pain management. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2014;46:221-244.
- Gelfand HJ, Ouanes JP, et al. Analgesis efficacy of ultrasound guided regional anesthesia: a meta-analysis. *J Clin Anesth*. 2011;23:90-96.
- Reeves M. The influence of age on sample size calculation in acute pain trials using morphine consumption as an end point. *Anesth Analg*. 2010;110:1186-1190.
- Patient Controlled Analgesia (PCA) Policy for Adult and Paediatric Patients Ratifying Committee: Clinical Standards Committee Ratified Date: September 2009.
- JCAHO pain management standards are unveiled. [Accessed 2 at September of 2010] Available in: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/284/4/428>
- Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. 4th ed. Vigente 1 enero de 2011.
- The Royal College of Nursing Institute Clinical Practice Guidelines. The recognition and assessment of acute pain in children 1999.

www.medigraphic.org.mx